REMARQUES ET OBSERVATIONS N° 51.

SUR QUELQUES POINTS

DE CHIRURGIE PRATIQUE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 19 mars 1828, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR STANISLAS LAUGIER, de Paris,

Département de la Seine;

Interne de première classe des hôpitaux et hospices civils de Paris.

Ars tota in observationibus.
BACLIVI.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1828.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Président.*
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU, *Examinateur.* / FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX, *Examinateur.*
Clinique médicale	CAYOL. / CHOMEL. / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RÉCAMIER, *Suppléant.*
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER. / DUPUYTREN, *Examinateur.*
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

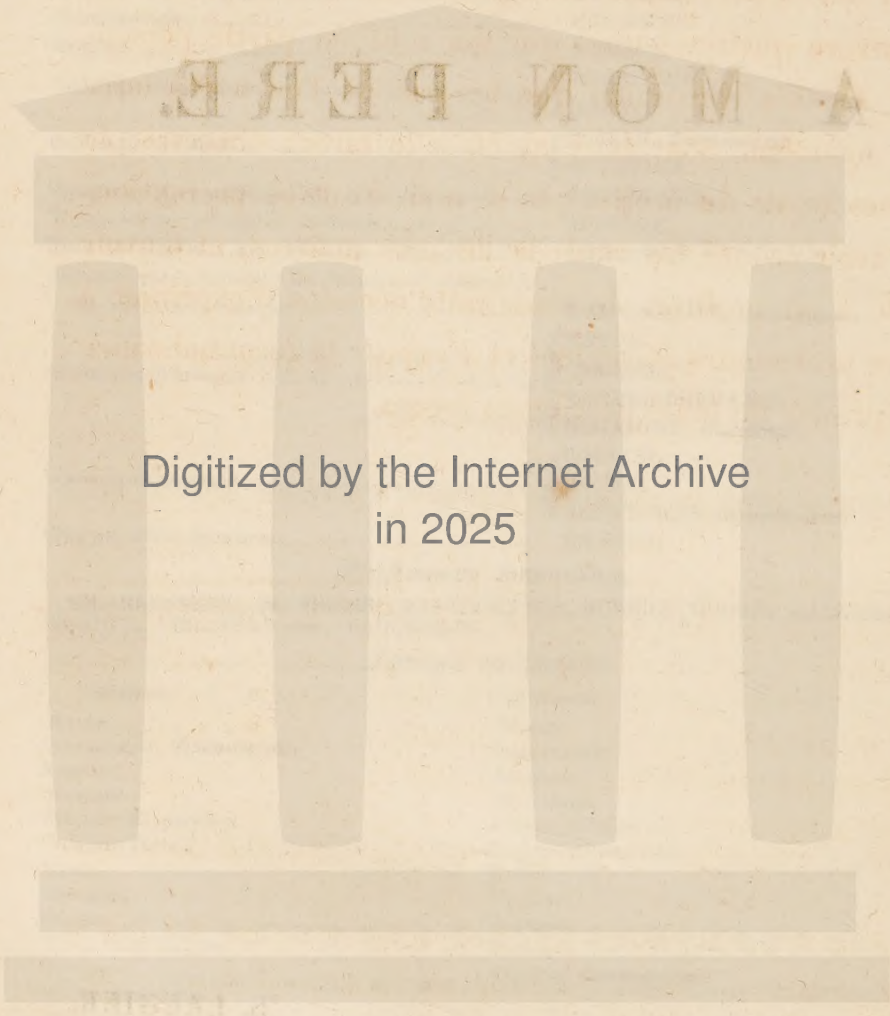
Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque, *Examinateur.*	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau, *Examinateur.*
Gerdy, *Suppléant.*	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE.

S. LAUGIER.



Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/remarquesetobser0002vari

PARMI les observations consignées dans cette thèse, on en trouvera quelques-unes qui me sont en partie personnelles. Je suis convaincu que les cas où l'on a été forcé d'agir soi-même sont ceux qu'on a le mieux observés. Je prie mes juges de croire que je n'ai d'autres prétentions que d'avoir écouté les conseils de mes maîtres, et d'avoir cherché à en profiter. Je saisis cette occasion d'exprimer à MM. les professeurs *Dupuytren* et *Fouquier* la reconnaissance que j'éprouve de leurs précieuses leçons.

REMARQUES ET OBSERVATIONS

SUR QUELQUES POINTS

DE CHIRURGIE PRATIQUE.

A une époque où la cautérisation appliquée à quelques maladies de l'urètre jouit d'une faveur que justifient de nombreux succès, et au moment où un professeur de l'école de Montpellier, aussi connu par sa bonne foi que par sa sagacité et la rectitude de son jugement, porte la préférence pour ce mode de traitement jusqu'à écrire que, l'usage des bougies et des sondes dans le traitement des rétrécissemens est ordinairement inutile comme moyen auxiliaire de la cautérisation, et peut-être quelquefois nuisible (1), il ne me semble pas sans intérêt d'examiner si dans les infiltrations urineuses le cathétérisme n'est pas d'une plus grande importance, ou même d'une rigoureuse nécessité, et surtout s'il est utile de différer son emploi de quelques jours. Les auteurs qui ont écrit sur le traitement des maladies des voies urinaires insistent sur la nécessité d'inciser profondément le périnée; en effet, tous les praticiens doivent être d'accord sur l'utilité de ces vastes ouvertures, qui donnent une voie à l'urine

(1) Observations sur les maladies des voies urinaires, 2e. part., p. 346.

déjà épanchée, et concourent à borner la gangrène du tissu cellulaire imbibé d'un liquide dont le seul contact le frappe de mort. Mais ces incisions suffisent-elles dans les premiers jours? *Lafaye* ne se contentait pas d'ouvrir ces abcès, et portait par la plaie une canule jusque dans la vessie. *Chopart* s'exprime de la manière suivante sur les épanchemens d'urine. « Les indications à remplir dans la cure de ces dépôts sont, de *rétablir le cours naturel de l'urine*, de donner issue à celle qui est épanchée et infiltrée, et de remédier aux ravages que cette infiltration a pu causer. L'introduction de la sonde est encore ici un secours de *première nécessité.* » Il avoue, toutefois, que l'opération du cathétérisme présente souvent les plus grandes difficultés, et alors il conseille, avec M. le professeur *Boyer*, d'attendre que le dégorgement qui suit l'incision se soit opéré. *Sabatier*, qui conseille, dans le cas de rétention complète sans infiltration, d'introduire la sonde, croit que s'il existe des foyers urineux il suffit de les ouvrir. De là la méthode à peu près générale de scarifier profondément le périnée, le scrotum, et toutes les parties infiltrées d'urine, et d'attendre quelques jours, quelquefois plusieurs semaines, avant de chercher à placer une sonde dans la vessie. En faut-il conclure qu'il est impossible, inutile, ou même dangereux d'essayer à détourner l'urine?

Les principales objections au cathétérisme avant ou immédiatement après les scarifications sont les suivantes :

1°. L'impossibilité de faire pénétrer la sonde dans la vessie ;

2°. L'inconvénient d'agir sur le canal enflammé et d'y laisser un instrument qui comprime douloureusement ses parois, détermine des escarrhes, et accroît la perforation ;

3°. A-t-on vu des infiltrations urineuses faire des progrès après les incisions pratiquées au perinée et au scrotum? Si la maladie est ainsi bornée, la sonde paraît inutile, et par conséquent nuisible ;

4°. Enfin, la pression de la sonde sur les parois de la vessie enflammée peut donner lieu à leur perforation, causer des hémorrhagies vésicales, etc.

Il est évident que, dans le cas d'impossibilité absolue de faire arriver une sonde dans la vessie, il faut bien différer son introduction. Toutefois, si elle existe, on pourra rapprocher le moment où le cathétérisme sera possible en plaçant près de l'obstacle, s'il ne peut être franchi, une bougie fine conique, soyeuse, souple, et quelquefois un petit nombre d'heures suffit pour permettre l'introduction d'une sonde fine de gomme élastique. De nombreux exemples prouvent cette assertion. Combien de fois n'ai-je pas vu à l'Hôtel-Dieu ou éprouvé moi-même qu'une sonde laissée quelques instans en contact avec l'obstacle permettait immédiatement l'entrée dans la vessie d'une sonde d'un moindre volume?

D'ailleurs, ces difficultés au cathétérisme n'existent pas toujours, et au moins faudrait-il essayer. L'observation suivante en est un exemple. Charles Driancourt, âgé de soixante-quatre ans, marié, avait eu plusieurs blennorrhagies : quatre mois avant d'entrer à l'Hôtel-Dieu, ralentissement du cours de l'urine, jet mince, envies fréquentes d'uriner. Dans les quarante-huit heures qui précèdent l'arrivée à l'hôpital, dysurie plus grande, veilles forcées, rétention complète, perforation de l'urètre, infiltration urineuse. Le scrotum a environ le volume de la tête d'un enfant à terme, la peau en est tendue et luisante, d'un rouge un peu violacé à la partie déclive; les aines, la région pubienne sont tuméfiées, rougeâtres, très-douloureuses au toucher; on y reconnaît une crépitation évidemment due à des fluides élastiques; le pénis est considérable, le gland d'une couleur blanc sale, n'a pas seulement plus du triple de son volume ordinaire, il est renversé de bas en haut, et d'avant en arrière, de manière que sa face supérieure est en contact avec la face dorsale de la verge; le prépuce, au-dessous ou plutôt au devant de lui, forme un bourrelet très-saillant, un peu livide ; l'un et l'autre sont froids au toucher, emphysémateux, crépitans ; cette contorsion du pénis tient à un étranglement situé transversalement au-dessus de la couronne du gland ; derrière cet étranglement la verge offre aussi un très-grand volume, et une rougeur érysipelateuse vive : le malade

souffrait beaucoup de l'hypogastre, la rétention d'urine était complète. Le cathétérisme était impossible dans l'état actuel des parties; il fallait rendre au canal de l'urètre sa direction. Je pratiquai trois incisions, l'une sur la partie moyenne, et deux sur les côtés de la bride qui formait l'étranglement; il s'échappa des gaz et une sérosité fétide; le gland reprit sa situation ordinaire; dans l'état inflammatoire où étaient les parties, je n'essayai pas le cathétérisme avec une sonde courbe, munie de son mandrin dur et inflexible; mais, dans le but d'arrêter les progrès de l'infiltration urineuse, j'introduisis dans l'urètre une sonde fine de gomme élastique, sans mandrin; je comptais sur des obstacles invincibles, la sonde arriva sans la moindre difficulté dans la vessie, et fut fixée à la ceinture du malade; *deux bassins furent immédiatement remplis d'urine;* la sonde fut laissée ouverte, afin que ce liquide s'écoulât incessamment: le pubis, la verge, le scrotum furent couverts de compresses résolutives. Le malade était très-soulagé, quoique les incisions du périnée n'eussent pas encore été pratiquées. Le lendemain, M. *Dupuytren* fait deux incisions, l'une au devant du publis l'autre à la partie moyenne et inférieure du scrotum, toutes deux donnent passage à de l'urine et à des gaz. Le malade a dormi plusieurs heures. Toutefois la totalité du gland et du prépuce sont frappés de gangrène. Le troisième jour ils sont d'un noir livide; la sonde continue à fournir toute l'urine; l'infiltration n'a pas fait de progrès, au contraire, le scrotum a beaucoup diminué de volume, et *aucune partie de la peau de cette région n'a cessé de vivre.* Nul doute que si le malade avait été plus jeune, il n'eût survécu; mais la force des battemens du cœur indiquait un anévrysme avec hypertrophie du cœur; on sentait les artères radiales complétement ossifiées, et on pouvait soupçonner de nombreux obstacles au cours du sang. Malgré l'amélioration des voies urinaires, la langue devint sèche, les lèvres et les dents se couvrirent d'un enduit fuligineux, les forces tombèrent. (Eau vineuse, décoction de quinquina.) Les jours suivans, prostration, rêvasseries, sécheresse des plaies; et le quatorze au matin, agonie et mort.

A l'autopsie, substance cérébrale ferme; sérosité limpide dans les ventricules; poumons engoués de sérosité; dilatation et hypertrophie des ventricules du cœur; rougeur violacée uniforme de la membrane interne des cavités droites et de la veine cave supérieure; rougeur vive de celle du ventricule gauche et de l'aorte; caillot fibrineux contenant du pus, et présentant une cavité à surface granulée; nombreuses ossifications de l'aorte, qui est un véritable canal osseux à sa bifurcation. Ossification des artères coronaires, et de la plupart de celles des membres.

Reins volumineux, sains; vessie à parois très-épaisses, sa membrane muqueuse est violacée; perforation de l'urètre au côté droit de la portion membraneuse; rétrécissement peu marqué du canal au devant de la perforation; infiltration purulente du tissu cellulaire des aines, du scrotum, du pubis, et de celui qu'on trouve à la partie antérieure et inférieure de la vessie.

Voila donc un cas dans lequel l'introduction de la sonde a été facile; je dirai plus, il peut arriver que les obstacles soient moindres dans l'état de réplétion de la vessie. Cela paraît résulter de l'observation suivante.

Saubert Remi, âgé de soixante-sept ans, entra à l'Hôtel-Dieu le 18 octobre 1825, pour y être traité d'un vaste abcès au périnée et de rétention d'urine complète. La tumeur occupait la partie postérieure du scrotum, et tout l'espace compris entre les bourses et l'anus; la peau y était d'un rouge violacé, et la fluctuation évidente. L'hypogastre était distendu par la tumeur urinaire, le malade avait, depuis quelques mois, de la dysurie; il n'urinait plus que par regorgement, et n'avait reçu aucun coup sur le périnée, qui pût faire rapporter l'infiltration urineuse à un accident. Je plaçai dans la vessie une sonde d'argent, n°. 8, du premier coup, sans qu'elle eût rencontré le moindre obstacle; la vessie fut vidée, et la sonde laissée à demeure. Quelques instans après, M. *Breschet* incisa le périnée; un flot de pus fétide, mêlé d'urine, s'écoula par l'incision. Le lendemain, 19, j'introduisis une sonde de gomme élastique, à peu près du même calibre; mais

à mon grand étonnement, eu égard à la largeur du canal la veille, elle ne parvint dans la vessie qu'avec difficulté; elle était serrée dans l'obstacle, et, pendant 4 jours, il ne sortit pas d'urine entr'elle et le canal. Le malade guérit après avoir porté trois autres sondes, deux du n°. 10, et la dernière n°. 11. *Chopart* cite des faits qui apprennent qu'on n'a pu réintroduire la sonde dans la vessie dès le même jour ou le lendemain de la première introduction sans faire une fausse route, quoiqu'on n'eût pas éprouvé la première fois beaucoup de difficulté à faire pénétrer cet instrument dans ce viscère.

En cherchant à me rendre compte de la facilité avec laquelle la première sonde avait été introduite, et des obstacles que la seconde avait rencontrés, je commençai par m'accuser d'inexpérience dans le cathétérisme; mais je réfléchis qu'il ne m'était jamais arrivé de trouver étroit un canal que j'avais d'abord trouvé large, si ce n'est dans quelques cas de spasme de l'urètre, qui avait promptement cédé. Ici la sonde resta serrée par le canal, et, pendant quatre jours, il ne passa pas une goutte d'urine entre lui et la sonde. Du reste, quelle qu'ait été la nature de l'obstacle, il est certain qu'il n'existait pas lors de la rétention complète, et que le cathétérisme, à cette époque, a été plus facile; quant à moi, je ne doute pas qu'il y ait eu ici retrécissement permanent, et je suis disposé à attribuer sa dilatation pendant la réplétion de la vessie à l'effort de l'urine exercé d'arrière en avant. N'est-ce pas de cette manière que les malades urinent par regorgement? Ce mode de dilatation justifierait les essais qu'on a fait en insufflant de l'air, ou en injectant de l'eau dans les cas de rétention d'urine complète; la seule différence, c'est que l'effort du fluide a lieu alors d'avant en arrière.

La seconde objection est fondée, avons nous dit, sur l'inconvénient de presser le canal enflammé par un instrument, dont l'action prolongée peut causer des escharres et augmenter ainsi la perforation.

En effet, *J.-L. Petit*, pour substituer la sonde en S à la sonde à une seule courbure, cite l'exemple d'un homme chez lequel il a trouvé après la mort : « l'urètre, depuis le ligament de la verge jus-

ques et compris le verumontanum, la prostate, le col et la partie de la vessie qui est couchée sur le rectum, en suppuration gangréneuse.» Il ajoute toutefois: « Il est vrai que celui qui avait soin du malade avait tenu les liens un peu courts, ce qui est une faute que l'on doit éviter. » *Charles Bell* a rencontré un cas dans lequel la destruction, par la présence des sondes, commençait à cinq pouces du méat urinaire, et ne se terminait qu'à l'orifice de la vessie. A cela on peut répondre que ce sont surtout les sondes métalliques, qui par leur dureté et leur inflexibilité exercent ces pressions douloureuses et suivies de gangrène; ainsi en se servant d'une sonde de gomme élastique on y sera moins exposé; on peut ajouter que, parmi les sondes de gomme élastique, ce sont les plus grosses qui causent le plus de douleur et d'accidens, et que, comme dans les infiltrations urineuses, il s'agit uniquement dans les premiers jours de détourner l'urine, rien n'empêche de prendre une sonde fine. Si on craint qu'une sonde droite même fine, ne tende à se redresser lorsqu'elle n'est plus courbée par son mandrin, et ne fatigue le conduit avant de s'être moulée sur sa courbure, on peut faire usage de petites sondes courbes, qui conservent la courbure du mandrin sur lequel leur tissu a été modelé. *Ducamp*, en citant ces exemples de destruction du canal de l'urètre par les sondes, a pour objet de les exclure du traitement des rétrécissemens de ce conduit; il les rejette, parce que leur action, dit-il, peut amener la perforation du canal et l'infiltration urineuse; mais ici le cas est bien différent, l'épanchement d'urine est produit, ce n'est plus l'étroitesse de l'urêtre, ce sont les suites de sa crevasse qu'il faut combattre. Il n'est pas seulement question de dilater, mais encore de détourner l'urine; il ne s'agit plus de choisir entre la dilatation et la cautérisation; pendant les délais l'urine continue à s'épancher, et la maladie devient mortelle en s'étendant de quelques pouces; il n'y a que deux partis à prendre : la sonde à demeure ou le passage de l'urine par les incisions du périnée.

C'est ici le lieu d'examiner la troisième objection que je me suis opposée : a-t-on vu des infiltrations urineuses s'accroître après les in-

cisions du périnée ? En effet, si ces incisions suffisent à l'écoulement de l'urine, l'emploi de la sonde à demeure paraît inutile et par conséquent nuisible. Ne peut-on pas le différer de quelques jours? Aussitôt que la rupture des voies urinaires s'est faite, si elle n'a pas eu lieu dans l'abdomen, ce qui cause promptement une péritonite mortelle, le malade est soulagé par le fait même de la rupture; il cesse tout à coup d'éprouver l'envie d'uriner, mais ce n'est là qu'un calme trompeur; si le chirurgien incise les parties infiltrées d'urine, le soulagement est beaucoup plus grand encore, une grande quantité de ce liquide s'écoule, l'extrême distension des reins, des uretères, de la vessie a cessé; le malade s'endort quelquefois profondément, l'incision à elle seule est un immense bienfait. Mais la rétention d'urine a-t-elle disparu complètement? la vessie distendue outre mesure avant la perforation du canal et l'incision, est-elle entièrement revenue sur elle-même? Il est permis d'en douter. Ce sont, en général, les rétrécissemens chroniques de l'urètre qui ont amené la rétention d'urine; depuis un temps plus ou moins long, la vessie ne se vide pas complètement, et se laisse facilement distendre. L'incision du périnée a donc fait cesser la rétention complète, mais n'a pas vidé la vessie, qui ne se débarrasse que du trop plein. *Chopart* rapporte l'exemple d'un boucher, âgé de quarante-six ans, qui, après plusieurs gonorrhées était sujet à des difficultés d'uriner, une rétention d'urine complète survint; *Louis* et *Chopart* essayèrent en vain de le sonder; *Chopart* pratiqua l'incision du périnée, une chopine d'urine s'écoula, les urines continuèrent à sortir par le périnée, mais *surtout en pressant la région de la vessie.* On ne plaça de sonde que le vingt-cinquième jour; le malade guérit difficilement et conserva une fistule. Ainsi, il reste continuellement dans la vessie une certaine quantité d'urine, qui la distend, affaiblit son ressort et l'irrite par son contact. Cependant, une grande partie de ce liquide et peu à peu la totalité s'écoule par les incisions pratiquées au périnée; il suit, en parcourant cette région, un trajet plus ou moins indirect, subit une espèce de filtration à travers le tissu cellulaire enflammé ou déjà gan-

gréné, non sans étendre ses ravages latéralement souvent contre son propre poids ; car, suivant l'expression de M. le professeur *Dupuytren*, il imbibe ce tissu cellulaire comme une éponge ; par des contacts réitérés, il frappe de mort les parties qui n'étaient qu'irritées, de là vient que des portions de peau qui auraient pu vivre finissent par tomber en gangrène faute de nourriture, et se détachent au bout d'un temps plus long que si elles avaient été frappées de mort de prime-abord ; la suppuration occupe une plus grande surface et se prolonge, la guérison est au moins retardée ; et, chez un malade déjà affaibli par la maladie ou épuisé par l'âge, la vie est plus certainement compromise. On peut dire qu'il n'est pas ordinaire que le fonds de l'incision du périnée réponde exactement à la crevasse des voies urinaires ; chacun sait à quel point peut être sinueux le trajet d'une fistule urinaire. On peut supposer, il est vrai, que dans les infiltrations urineuses rapides, la grande destruction qui résulte de l'épanchement de l'urine par une large crévasse, rend le passage de ce liquide plus direct à travers le périnée. Cependant, ce n'est pas ce qui arrive constamment, et jamais les premiers jours ; dans la seule observation, très-détaillée, rapportée par *J.-L. Petit*, sur l'infiltration urineuse, au bout de quelques jours seulement, « presque tout le tissu qui se trouve entre la prostate et le rectum se sépara d'une seule pièce, et ce célèbre chirurgien put toucher et voir de ses yeux mêmes, que les urines sortaient par un trou fait à la vessie placé à la partie latérale de la prostate. Dans un autre exemple, cité avec beaucoup de détails par *Chopart*, l'ouverture de la crevasse répondait au col de la vessie. Ce défaut de correspondance entre l'ouverture extérieure et la crevasse entraîne la lenteur de ce cours artificiel de l'urine, qui, comme le prouve l'expérience, suinte goutte à goutte comme un liquide filtré. La sonde, placée dans la vessie, ne la détournerait-elle pas avec avantage ? Les parties infiltrées ne se dégorgeraient-elles pas plus vite ? Quelques-unes ne seraient-elles pas épargnées ? La gangrène devenue moins étendue, la suppuration ne serait-elle pas moins longue ? Quelques malades ne seraient-ils pas arrachés

à une mort certaine, si toutefois les secours de l'art étaient implorés à temps? Enfin, l'infiltration urineuse doit-elle être regardée comme arrêtée par l'incision, s'il est prouvé que l'engorgement urineux diminue moins vite que par son concours avec la sonde à demeure?

Il faut avouer, cependant, que des faits observés sous ce point de vue manquent à la science. Il serait sans doute important de faire un certain nombre d'expériences comparatives. Toutefois on sait que dans plusieurs cas de tumeurs urinaires, le séjour de la sonde sans incision a suffi pour faire diminuer rapidement et disparaître l'engorgement; au contraire, dans quelques observations, il semble que l'étendue des désordres et la lenteur de la guérison puissent être attribuées à l'absence de la sonde. L'observation suivante, que je dois à mon ami et collègue, M. *Michon*, interne à l'Hôtel-Dieu, offre l'un de ces cas dans lesquels le cathétérisme est tout à fait impossible, et le chirurgien obligé de se borner à l'incision du périnée.

Cunit, âgé de soixante-quatre ans, était sorti depuis peu de jours de la Charité, où il avait été traité d'une fièvre grave. Depuis trois jours, il avait vu ses bourses et sa verge se tuméfier, et en même temps le cours de l'urine devenir plus lent et beaucoup moins abondant; il assure n'avoir jamais eu de blennorrhagies, et qu'avant la tuméfaction dont les organes génitaux étaient le siége il urinait à plein canal. A son entrée à l'hôtel-Dieu, le 27 août 1827, le pénis avait près de deux pouces de diamètre, le prépuce, énormément tuméfié, ne pouvait être ramené en arrière; à la partie antérieure de la verge existait une escarrhe superficielle longue de dix-huit lignes environ, large de cinq à six lignes; le scrotum était à peu près gros comme la tête d'un enfant à terme; la peau de cette région, ordinairement lâche et ridée, était tendue, lisse et luisante; l'urine sortait, mais en petite quantité, par l'orifice antérieur de l'urètre; prostration générale, sécheresse de la langue, petitesse et lenteur du pouls. Le 28, M. *Breschet* pratiqua sur le pénis trois incisions, une à la partie antérieure qui divisa l'escarrhe, et deux autres sur les côtés; il fit également deux incisions longitudinales larges et profondes sur le scrotum; le tissu

cellulaire sous-cutané était infiltré d'urine et de pus ramassé par grumeaux et non encore rassemblé en foyer; le scrotum fut soutenu, la verge relevée sur le ventre, et toutes ces parties furent recouvertes de compresses trempées dans une solution de chlorure de soude très-étendue d'eau. Le soir, M. *Breschet* essaya d'introduire une sonde fine d'argent; le prépuce, considérablement tuméfié, fut fendu pour mettre le méat urinaire à découvert; le bec de la sonde y entrait librement, mais ne dépassait pas deux à trois lignes; alors M. *Breschet* prit le parti d'ouvrir l'urètre vers la racine des bourses, l'incision large et profonde intéressa une partie du scrotum et la paroi inférieure du canal; la sonde fut portée dans cette ouverture, mais ne put être introduite jusque dans la vessie; dès-lors le malade rendit son urine par cette nouvelle incision; pendant huit jours il ne cessa d'être abattu, d'avoir la langue rouge, sèche, fuligineuse en quelques points; du reste, il n'éprouva que peu de douleurs (potions toniques, vineuses); peu à peu les forces se relevèrent, tout le tissu cellulaire des bourses et du pénis était en pleine suppuration, elle était abondante; l'escarrhe du pénis commençait à se séparer, *deux autres s'étaient formées à la partie postérieure et inférieure du scrotum;* on essaya de nouveau l'introduction d'une sonde d'argent par le méat urinaire, mais elle ne pénétra pas plus loin que la première fois; une bougie déliée, conique, arriva à deux pouces et demi, et parut être retenue par un fort obstacle; *quinze jours s'écoulèrent*, les escarrhes s'étaient détachées, les plaies *commençaient* à se déterger, à diminuer d'étendue; les parties étaient *beaucoup moins tuméfiées*, et la santé générale était redevenue bonne; on essaya le cathétérisme, une sonde d'argent de moyen calibre arriva dans la vessie avec une étonnante facilité, puis fut remplacée au bout de deux jours par une sonde de gomme élastique, n° 8; on fit porter des sondes du plus gros calibre. Le 15 octobre, toutes les plaies étaient cicatrisées, et les parties revenues à leur volume naturel; le malade urinait par un jet gros et fort.

Je conviens que cette observation peut être donnée pour exemple de l'impossibilité d'opérer le cathétérisme dans les premiers jours;

mais on doit regarder comme un cas rare celui où, pendant près de trois semaines, il est impossible de passer une sonde dans le canal, surtout lorsqu'il n'y a pas de rétrécissement chronique. Je suis convaincu qu'on a fait pour le malade tout ce qu'il était convenable de faire; ainsi, les incisions du périnée ont été larges et profondes, l'opération de la boutonnière a dû rendre le trajet de l'urine, à travers le périnée, aussi direct que possible, puisque le malade rendit dès-lors toute son urine par l'incision de l'urètre, et toutefois la suppuration occupa tout le tissu cellulaire des bourses. A l'arrivée du malade, une seule escarrhe existait; plus tard, il s'en forma deux autres à la partie postérieure et inférieure du scrotum, c'est-à-dire, dans le point le plus voisin du passage artificiel de l'urine, et probablement par son contact continuel; enfin, ce n'est qu'au bout de trois semaines que les parties infiltrées et enflammées furent jugées beaucoup moins tuméfiées, et l'on a vu, dans l'observation de Driancourt, citée plus haut, que, dès le second jour, le volume des bourses avait déjà beaucoup diminué, et que, malgré l'étendue de l'épanchement et la couleur déjà violacée de la peau du scrotum lors de l'entrée du malade, aucune portion de cette peau ne tomba en gangrène. Quant à la pression de la sonde contre les parois de la vessie, et aux accidens redoutables qui peuvent en résulter, on court les mêmes risques dans tous les cas de paralysie de ce viscère compliquée de catarrhe; il est possible de les éviter, en prenant la longueur du canal avec la sonde introduite, en ne faisant saillir son bec que le moins possible dans la cavité de la vessie, et en ne la fixant pas par des liens trop courts.

Il résulte de ces remarques que dans les infiltrations urineuses, surtout celles qui sont précédées de rétention d'urine, le chirurgien doit insister les premières heures et les premiers jours sur l'introduction de la sonde, regardée par *Chopart* comme un secours de première nécessité; que le cathétérisme devra être essayé avec persévérance, mais non avec force, soit avant, soit après les incisions du périnée; qu'il n'est pas alors constamment impossible, ni même difficile; que la plupart des inconvéniens attachés à cette opération, peuvent être

diminués par des ménagemens convenables; et que, toutes choses égales d'ailleurs, cette manière de détourner l'urine conduirait à une guérison plus sûre et plus prompte, puisque ses avantages s'ajoutent à ceux des scarifications.

Enfin, quelquefois l'introduction de la sonde dans la vessie devient dans un cas douteux un bon moyen de diagnostic, et épargne au malade des incisions inutiles, mais qui seraient nécessairement pratiquées, si dans les infiltrations urineuses on se bornait en principe général à scarifier le périnée et le scrotum, sans chercher, avec quelque suite, à pratiquer le cathétérisme.

Jean-Pierre Cornu, âgé de trente ans, avait eu plusieurs blennorrhagies et des chancres. A son arrivée à l'Hôtel-Dieu, le 12 août 1825, il était dans l'état suivant: fièvre générale; rétention d'urine complète depuis sept à huit heures, après une dysurie plus marquée depuis quelques jours; tuméfaction énorme du gland et du prépuce, qui forme au-dessus de la couronne du gland une bride et un étranglement; l'épaisseur de cette enveloppe est considérablement augmentée par une infiltration de gaz et de sérosité fétide; renversement du gland en arrière et en haut vers la racine de la verge, qui présente au moins le triple de son volume naturel, et dont la peau, d'un rouge vif vers la racine des corps caverneux, est frappée de gangrène dans toute la circonférence de l'organe, et transformée en une escharre d'un blanc jaunâtre, encore fortement adhérente aux parties voisines; les bourses sont aussi très-volumineuses; la peau du scrotum est tendue, d'un rouge violacé. L'indication la plus pressante paraissait être de faire uriner le malade. Le paraphimosis fut débridé. M. *Sanson*, qui vint faire la visite du soir, essaya sans succès de conduire une sonde dans la vessie; le canal était fortement rétréci, mais une bougie conique fut conduite à travers le rétrécissement, et on prescrivit de faire le soir de nouveaux essais de cathétérisme. En effet, deux heures après je remplaçai la bougie par une sonde de gomme élastique n°. 4; aussitôt une grande quantité d'urine limpide s'écoula par la sonde. (Compresses résolutives.) Le lendemain, même tuméfac-

tion des bourses (bain, vingt-cinq sangsues ; diète) ; on ne pratique pas d'incision. Les jours suivans, l'état du malade n'empire pas ; la sonde continue à fournir l'urine ; on fait voir le malade à M. *Dupuytren*, qui paraît partager l'idée qu'on a eue d'une infiltration d'urine, et regarde comme une chose heureuse qu'une sonde ait pu être introduite. Le 5, mêmes applications, bains ; persistance de la fièvre, léger délire. C'est alors qu'on aperçoit sous le prépuce, à la base du gland, un chancre très-large. Vers le douzième jour, on enlève par lambeau les escharres du pénis ; à cette époque le scrotum est moins volumineux ; une escharre de peu d'étendue formée à son côté droit et supérieur s'est détachée. Le malade ote sa sonde, parce que, dit-il, il urine bien entre la sonde et le canal. Pendant quelque temps encore on diffère le traitement antivénérien, à cause de quelques symptômes d'irritation intestinale ; mais un chancre se montre au côté gauche de la langue. M. *Breschet* prescrit un traitement antisyphilitique. Un mois se passe, les chancres disparaissent ; la perte de substance de la peau du pénis diminue peu à peu, et bientôt le malade sort de l'hôpital. Il avait toujours bien uriné depuis le moment ou la sonde avait été retirée.

Il s'en faut de beaucoup cependant que cette sonde eût été inutile. Elle avait servi à vider la vessie ; sa présence dans cet organe avait paru suffire, quoiqu'on n'eût pas douté de l'existence d'une infiltration urineuse ; elle avait épargné au malade l'incision du périnée, peut-être celle de l'urètre ; car si, préocupé justement de la réalité du dépôt urineux, on n'avait pas vu sortir d'urine des premières incisions, la rétention d'urine persistant, on eût pu, avec une apparence de raison, en faire de plus profondes et y comprendre l'urètre ; en effet, ce n'eût pas été le premier exemple d'abcès du périnée dont l'incision eût manqué pendant quelques jours de laisser passer l'urine. *J.-L. Petit* en cite deux cas remarquables, dont un lui est personnel. D'ailleurs, si, rebuté par les premiers obstacles que présentait le cathétérisme, on n'eût pas pensé qu'il fût nécessaire d'arriver dans la vessie dans les premières heures, peut-être une crevasse de l'urètre

aurait-elle eu lieu par l'effort de l'urine ; l'infiltration urineuse aurait été produite, et c'est alors que le diagnostic eût été des plus obscurs. Ce cas m'a paru, sous ce rapprt, digne d'attention ; il est, de plus, un exemple de la coïncidence de chancres à la verge et de gangrène de la peau du pénis et du scrotum. Cette coïncidence a été plusieurs fois observée par M. le professeur *Dupuytren*, sans qu'il lui ait paru facile d'en donner l'explication.

Luxations compliquées.

Dans les luxations compliquées de plaie et d'issue à travers les tégumens de l'une des surfaces articulaires, c'est une question difficile de déterminer avec précision les cas dans lesquels on doit pratiquer l'amputation : l'importance de l'articulation, le temps depuis lequel est produite la luxation, les complications de fracture comminutive ou très-oblique, la contusion excessive, la dilacération très-étendue des parties molles, le gonflement inflammatoire, la gangrène, l'âge, la force, l'irritabilité du malade, sont autant de circonstances que le chirurgien doit examiner avec soin pour se décider à sacrifier ou à conserver l'articulation. Un certain nombre d'observations prouvent que les luxations compliquées sont susceptibles de guérison. Les observations suivantes peuvent concourir à l'histoire de ces lésions.

I^re^. OBS. Joseph Jeanin, domestique, âgé de vingt-huit ans, entra à l'Hôtel-Dieu le 8 juin 1826 ; un cheval s'était abattu sous lui, il y avait environ deux heures, et le blessé crut se rappeler que ce cheval, en se relevant, lui avait donné un violent coup de fer sur le bord interne du pied gauche ; quoi qu'il en soit, la tête du premier métatarsien cessa d'être articulée avec la première phalange du gros orteil, et traversa violemment la peau en y faisant une plaie déchirée d'environ trois pouces. A l'arrivée du malade, la tête de l'os faisait à travers la plaie une saillie de plus d'un pouce ; une hémorrhagie avait eu lieu et continuait par une artériole ; le tarse et l'articulation tibio-tarsienne étaient le siége d'une forte entorse. Le désordre des

parties me fit penser que c'était un cas d'amputation de l'orteil, avec résection de toute la partie saillante du métatarsien; cependant, appelé comme chirurgien de garde auprès du malade, qui souffrait beaucoup, je réduisis la luxation : pour cela, la jambe étant située sur son côté externe, et fléchie; je saisis l'orteil avec les trois premiers doigts de la main droite, tandis que les quatre derniers doigts de la main gauche assujétissaient le pied, et que la pulpe de mon pouce gauche était appliquée sur le bord interne du premier métatarsien saillant; renversant alors le premier orteil vers les autres, de manière à porter en dedans l'extrémité supérieure de la première phalange, tandis que je faisais l'extension, j'écartai ainsi les deux os désunis, et j'appuyai assez fortement avec le pouce sur le métatarsien, puis je ramenai l'orteil à sa direction naturelle, et la réduction eut lieu. L'artériole fut liée, parce que l'hémorrhagie avait été abondante. La plaie fut pansée simplement; mais, afin de maintenir les rapports des surfaces articulaires, je pris une petite compresse longuette, dont je remplis la partie moyenne avec un bourdonnet de charpie; je plaçai le milieu de cette compresse entre le premier et le second orteil, et je ramenai ses extrémités sur le bord interne du pied, au niveau de la plaie, déjà couverte; une bande médiocrement serrée maintint ces compresses. (Résolutifs sur le pied et son articulation avec la jambe.) Le malade avait été saigné en ville : le soir de son entrée il fut saigné de nouveau. Je tiens de mon collègue, M. *Danyau*, alors interne à l'Hôtel-Dieu, et chargé du service des fractures, les détails qui suivent ainsi que l'observation suivante, qu'il a bien voulu me communiquer. Vers le troisième jour, la plaie était un peu enflammée : on appliqua des cataplasmes émolliens; la plaie fournit une suppuration assez abondante; il survint sur la face dorsale du pied de la tuméfaction; la peau était rouge, tendue. Le 24 juin, fluctuation manifeste; le pus ne s'écoulant pas facilement par la plaie, contr'ouverture le long du bord externe du premier métatarsien; une assez grande quantité de pus de bonne nature s'écoula; l'incision fut maintenue ouverte : on continua les émolliens

jusqu'au 10 juillet. A cette époque, la tension avait disparu ; les douleurs étaient moindres, la suppuration moins abondante : pansement simple ; la plaie marcha vers la cicatrisation ; la contre-ouverture pratiquée se ferma complètement. Cependant, le 25 juillet, un petit abcès parut à l'extrémité postérieure de la première phalange ; on l'ouvrit. L'ouverture resta fistuleuse, et, le 1^er^. août, donna issue à une petite esquille formée aux dépens de la partie postérieure de la première phalange ; dès-lors cette ouverture ne tarda pas à se cicatriser. La plaie fit aussi de rapides progrès vers la cicatrisation, et, le 5 août, lorsque le malade voulut sortir de l'Hôtel-Dieu, elle n'était pas plus large qu'une pièce de dix sous. Trois semaines après, le malade incisa lui-même la plaie, et fit l'extraction d'une esquille très-irrégulière, de la grosseur d'une petite amande ; la cicatrisation ne se fit pas attendre. La marche a été long-temps gênée, mais elle ne l'est plus maintenant. L'ankylose est presque complète.

II^e^. obs. Jean-Baptiste Potier, charretier, âgé de vingt-deux ans, entra à l'Hôtel-Dieu le 27 juillet 1827. Il avait été renversé par un tombereau dont la roue passa obliquement sur le bord interne du pied droit. Ce ne fut que vingt-quatre heures après l'accident qu'il entra à l'hôpital. Une plaie, à bords larges, épais, tuméfiés, s'étendait depuis l'extrémité antérieure du premier os du métatarse jusqu'à trois pouces en arrière ; terminée en pointe postérieurement, elle était arrondie par son extrémité antérieure, qui laissait sortir la tête du premier os du métatarse. On voyait à nu le cartilage articulaire qui la recouvre, non plus blanc, lisse et poli comme dans l'état sain, mais déjà altéré par son exposition à l'air, terne et d'une couleur légèrement grisâtre. Cette extrémité osseuse était abaissée de près d'un pouce au-dessous de son niveau : le gros orteil, au contraire, avait conservé sa situation et sa direction naturelles ; seulement son extrémité antérieure était un peu plus dirigée en dehors que dans l'état sain. Le membre était peu tuméfié, et le malade souffrait peu. M. *Sanson* pensa qu'il fallait réduire la luxation. La jambe et la partie postérieure du pied furent

fixées ; un aide vigoureux saisit l'orteil entouré de linge, et exerça sur cette partie de fortes tractions d'arrière en avant et de haut en bas, tandis que M. *Sanson*, appliquant les quatre derniers doigts de chaque main sur le dos du pied et les deux pouces sur l'extrémité déplacée du métatarsien, la repoussait en haut avec force. Cette manœuvre, quelque méthodique et bien coordonnée qu'elle pût être, n'eut cependant pour résultat que de faire horriblement souffrir le malade, et de fatiguer beaucoup le chirurgien et ses aides. M. *Sanson* crut qu'en mettant à découvert l'extrémité postérieure de la première phalange du gros orteil, et dégageant un peu la tête du premier métatarsien, en quelque sorte bridée par la partie antérieure de la plaie, il parviendrait plus aisément à la réduction, il prolongea la plaie par une incision d'environ un pouce. Les tentatives de réduction furent recommencées, et, comme précédemment, restèrent encore infructueuses. Alors l'opérateur plaça, entre les deux surfaces articulaires, l'extrémité mousse d'une spatule, dont il se servit comme d'un levier du premier genre, en prenant un point d'appui sur l'os du métatarse, tandis qu'un aide exerçait des tractions sur le gros orteil; la réduction ne se fit point attendre.

On soutint les bords de la plaie à l'aide de trois bandelettes de diachylon gommé; une compresse longuette, étroite, fut placée sur la face supérieure du gros orteil, et ses chefs croisés sous la plante du pied, afin de maintenir l'orteil dans la flexion. La charpie fut arrosée de laudanum, et l'appareil peu serré. (Saignée, potion calmante avec vingt gouttes de laudanum). Le malade souffrit peu et dormit toute la nuit. Le 28, peu de douleur et de gonflement. Le 29, le gonflement inflammatoire commence à se développer. (Cataplasmes narcotiques, bouillon). Le 1^er^. août, fluctuation peu apparente sur le métatarse, couleur violacée de la peau, fièvre légère. Le 3, fluctuation très-apparente, phlyctènes contenant un fluide roussâtre, fétide; incision, pus grisâtre et très-fétide; douleurs médiocres. (Bains locaux émolliens; bouillons de soupe.) Les jours suivans, suppuration abondante et de mauvaise nature; séparation de quel-

ques escharres. (Pansement avec le chlorure de soude, étendu d'eau.) Le 15, les escharres sont toutes détachées; la plaie a la largeur de la paume de la main, occupe presque toute la région métatarsienne; les tendons des os du pied ne sont recouverts que de tissu cellulaire. (Pansemens simples.) Vers la fin d'août, les plaies se détergent; elles fournissent un pus de bonne nature. Tout à coup, sans cause appréciable, il survient un érysipèle du dos du pied, de la jambe, du genou et de la partie inférieure de la cuisse; fièvre. (Saignée; trois applications de sangsues, diète, limonade.) Ces accidens ne laissaient plus de traces au bout de huit jours. Quelques jours après, on trouva dans les pièces du pansement un os sésamoïde; l'introduction d'un stylet fit reconnaître des portions d'os à nu, qui ne se séparèrent pas pendant le séjour du malade à l'hôpital. Il sortit le 27 novembre : à cette époque, l'articulation malade était complètement ankylosée; les plaies étaient réduites à trois petits orifices fistuleux, l'un situé sur le dos du pied, au niveau, mais un peu en dehors de la première articulation métatarso-phalangienne, un autre au-dessous et un peu en arrière, le troisième au côté interne de la mme articulation.

Ces deux observations appuient l'opinion des chirurgiens qui pensent que, dans la plupart des cas, les luxations compliquées sont susceptibles de guérison. Dans la première, l'accident était récent, la plaie large; il y avait eu une hémorrhagie abondante, la réduction fut facile. Chacune de ces circonstances peut être regardée comme favorable à la guérison. Mais dans la seconde vingt-quatre heures s'étaient écoulées, le cartilage articulaire était altéré, la plaie était étroite, la réduction dut être, et fut en effet très-pénible; une partie de la peau de la face dorsale du pied fut frappée de gangrène; plus tard, un érysipèle de tout le membre inférieur survint, et cependant la guérison eut lieu. L'articulation, qui a été le siége de la luxation dans les deux exemples cités, est une des plus importantes du pied, puisque l'extrémité antérieure du premier métatarsien est l'un des points d'appui principaux du corps sur le sol, et

le parti de l'amputation de l'orteil et de la résection de la tête du métatarsien eût nécessairement entraîné une grande gêne dans la station et la progression.

PROPOSITIONS DE PATHOLOGIE.

I.

Lorsqu'un anus contre-nature a été établi dans l'opération de la hernie étranglée avec gangrène, et que l'étranglement levé reparaît au bout de plusieurs heures avec la suspension du cours des matières fécales par la plaie, la conduite du chirurgien est bien incertaine ; le rétablissement du cours des matières est quelquefois une des plus grandes difficultés de la chirurgie.

II.

Si dans un certain nombre de rétrécissemens organiques de l'urètre, le praticien a le choix des procédés, il en est quelques-uns qui exigent impérieusement la cautérisation.

III.

L'infiltration purulente du foie, non-seulement après les percussions de la tête, mais encore dans les fractures compliquées des membres, et à la suite des grandes opérations chirurgicales qui sont suivies de mort, est l'une des lésions les plus fréquentes que l'on rencontre à l'autopsie.

IV.

Dans la ligature des polypes des fosses nasales qui naissent de l'apophyse basilaire ou du sphénoïde, la plus grande difficulté est d'embrasser la base du polype par l'anse de fil. Le meilleur pro-

cédé, suivant M. le professeur *Dupuytren*, consiste à porter cette anse de fil dans l'arrière-bouche par l'ouverture antérieure de la fosse nasale correspondante au polype à l'aide d'un long porte-mèche à pointes très-mousses, et à la tenir ouverte avec les doigts indicateur et médius de la main gauche. Sans cette précaution, elle tend toujours à se rétrécir, et ne saisit pas le polype.

V.

Une phlegmasie peu intense, mais très-étendue, présente autant de gravité qu'une violente inflammation très-circonscrite.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

A plagâ in caput, stupor aut delirium, malum. *Sect.* 7, *aph.* 14.

II.

Solvere apoplexiam, vehementem quidem, impossibile : debilem verò, non facile. *Sect.* 2, *aph.* 42.

III.

Ex morbo diuturno alvi defluxus, malum. *Sect.* 8, *aph.* 5.

IV

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat. Quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat. Quæ verò ignis non sanat, ea insanabilia existimare oportet. *Sect.* 8, *aph.* 6.

V.

Mulieri sanguinem evomenti, menstruis erumpentibus, solutio fit. *Sect.* 4, *aph.* 32.